

第三者行為による被害届

被害者	番 号		被保険者加入者氏名	M T S H R	年 月 日生	制度	国保	退職本人	退職扶養		
	被保険者証の記号・番号										
加害者	住 所		氏 名			職業					
加害者の使用主	住 所		氏 名			職業					
発 生 日 時	年 月 日 午前 時 分頃 天候				発 生 場 所						
事故発生の原因及び状況	別紙「事故発生状況報告書」のとおり										
傷病及び負傷の程度					治ゆまでの見込み	全治 月 日					
医療機関名	当 初				転医後						
自動車事故の場合の加害自動車	自賠責保険	会社名(共済名)				証明書番号					
		保険期間	年 月 日～	月	登録番号(プレート・ナンバー)						
		契約者住所	年 月 日				車台番号				
		所有者住所				氏 名					
		所有者住所				氏 名					
任意保険	会社名(共済名)				担当者氏名			電 話			
	証券番号(契約番号)				保険期間	年 月 日～		年 月 日 月			
	契約者住所				氏 名						
被保険者の人身傷害補償保険について	人身傷害補償保険	人身傷害補償保険を使用する場合									
	有 無	有	無	契約保険会社名(共済名)			担当者氏名				
示談の有無	有	無	交渉経過								
<p>国民健康保険法施行規則第32条6の規定により上記のとおり届け出します。</p> <p>令和 年 (年) 月 日 住 所 柏 崎 市 長 様 世帯主 氏 名 ⑩ 電 話</p>											

- 注1. 国保・退職本人・退職者扶養の該当する箇所には○をつけてください。
 注2. 示談が成立している場合は、示談書の写を添付してください。
 示談が成立していない場合は、交渉経過を詳細に記入してください。
 注3. 個人番号(マイナンバー)は「番号」欄に記載して下さい。